

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

560

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Adolphe GOTTSCHALK

Né le 26 Août 1910, à LIEPAJA (Lettonie)

Contribution à l'étude
de la lèpre dans les deux états baltiques :
La Lettonie et L'Esthonie

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Adolphe GOTTSCHALK

Né le 26 Août 1910, à LIEPAJA (Lettonie)

Contribution à l'étude
de la lèpre dans les deux états baltiques :
La Lettonie et L'Esthonie

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1936

I. — Professeurs

MM

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUFTNEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARE?
	LOEPER.
	CARNOT.
Clinique médicale	CLERC.
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GAILLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale.
D'ALLAINES.	

MM.

GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OVERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANCON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale	
ALAJOUANINE.		
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
VALLERY-RADOT		
(Pasteur).		
MEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		
ECALLE		
GUENIOT	} Clinique obstétricale	
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

RUPPE	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Qui ont tout fait pour m'initier et
me guider dans mes études, mon
humble reconnaissance filiale.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR SARCIN

Modeste médecin de campagne qui
aima et me fit aimer le noble art de la
Médecine.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR LEGRAND
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen

Sous les auspices duquel j'ai com-
mencé mes études de médecine.

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR RICHARD
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen
Ancien Maire de Rouen

Dont je n'oublierai jamais la bien-
veillance qu'il m'a toujours accordée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUDZENIEKS
Médecin en chef de la Léproserie de Riga

A MES MAITRES

A MES AMIS

Contribution à l'étude
de la lèpre dans les deux états baltiques :
La Lettonie et L'Esthonie

Dans la littérature des dernières années, différents auteurs ont apporté des statistiques et des travaux concernant la propagation de la lèpre et les moyens thérapeutiques employés dans les différents pays. Nous nous permettons aussi d'apporter certains détails concernant la lèpre dans deux pays baltiques, plus ou moins isolés du point de vue géographique : La Lettonie et l'Esthonie.

HISTORIQUE

Pour la clarté même de notre sujet, nous voulons d'abord donner un aperçu historique sur l'origine de la lèpre dans les Etats baltiques. La plupart des auteurs — tels que Paulson et Herlat — sont d'avis que cette maladie fut importée par des Chevaliers de Croix allemands et par d'autres immigrants, vers le début du xii^e siècle, car la partie Nord-Ouest de l'Allemagne, d'où venaient la plupart de ces conquérants, semble avoir été un foyer de lèpre très important, comme la présence de nombreuses léproseries l'indique. Mais, à côté de cette hypothèse, une autre veut que la lèpre soit venue des pays scandinaves, elle n'est pas non plus sans fondement.

Dans les pays scandinaves la lèpre sévissait de bonne heure et déjà au vii^e siècle on cite quelques léproseries. De même au Danemark la lèpre était déjà connue vers la fin du xii^e siècle. Comme la mer ne sépare pas les peuples, mais les lie plutôt, il existait déjà de temps très anciens des relations pacifiques et guerrières entre les pays scandinaves et les Esthoniens, navigateurs audacieux et redoutés.

Si donc l'origine même de la lèpre en Vieille-Livonie est quelque peu obscure, il semble au contraire fort

bien que la lèpre s'est surtout propagée depuis que le pays fut conquis par les Allemands. Le fait que les Lettons, de même que les Esthoniens ne possèdent pas pour la lèpre un nom original, mais l'appellent la maladie de l'hôpital — *pidali-töbi* et *spitiliga slimiba* (Lett.) — plaide bien dans ce sens. Après la fondation de la ville de Riga et la fondation de l'Ordre des Frères de l'Epée, l'Ordre militaire et hospitalier français de Saint-Lazare s'occupa de l'internement et du traitement des lépreux dans des maisons appelées maisons de Saint-Lazare.

Comme Amelung le rapporte, les relations entre la France et les Colonies de la Livonie furent pendant l'existence de l'Ordre des Frères de l'Epée — jusqu'en 1237 — très amicales.

La première léproserie construite fut celle de Saint-Lazare, à Riga, appelée aussi léproserie de Saint-Georges. Une autre léproserie datant de 1228 ou 1238 fut construite à Reval et s'appelait le « *domus fratrum leprosum* ». Elle appartenait également à l'Ordre français de Saint-Lazare. Plus tard, ces deux léproseries furent administrées par les villes respectives. D'autres léproseries furent fondées plus tard à Tartu (Rorpat), à Pernau, à Nerva et à Wenden. La Courlande ne semble pas avoir eu la faveur de l'ordre, et le manque d'une vie communale active dans les villes a également empêché la création précoce de léproseries dans cette région.

En ce qui concerne les premiers cas de lèpre constatés en Esthonie au début du siècle dernier, il se trouve

dans les travaux d'un professeur de Tartu (Dorpat), le Docteur Struve, des cas de lèpre qui semblent avoir été importés par les cosaques dans le voisinage de Tallin (Reval). Déjà en 1814, K. de Baer cite dans sa thèse l'apparition de la lèpre en Esthonie sans parler des endroits où il l'a rencontrée. Après Struve, son élève Brehm nous rapporte dans sa thèse, à côté de cas venant de la Livonie, aussi quelques cas de lèpre en Esthonie. Ces cas concernaient la lèpre tubéreuse. Etant donné que les paysans ne portaient pas à cette époque de nom de famille il n'est pas possible de trouver une relation entre ces cas et les cas rapportés plus tard.

Mais il semble bien qu'aux environs de Rasik de nombreux cas de lèpre furent constatés autour de l'année 1865 ; et le village de Wasa fut enfin accordé aux lépreux qu'ils occupaient complètement isolés de la population. On peut donc considérer cet endroit qui se trouve à 30 km. à l'Est de Tallin (Reval), comme un des plus vieux foyers de lèpre. La propagation de la lèpre par les cosaques, comme le dit le Professeur Struve, semble bien être probable, étant donné que pendant des années de guerre des soldats russes ont séjourné en Esthonie et que Rasik se trouve à un point stratégique où se croisent plusieurs routes.

On n'a que peu de renseignements concernant la lèpre pendant les années de 1828 à 1884. Mais il semble bien que la lèpre n'était pas rare pendant ces quarante ans. Ainsi on trouve dans la thèse de Von Røgenhagen concernant la lèpre en Livonie, plusieurs cas de lèpre

importés de l'Esthonie, ce qui confirme la présence de lèpre en Esthonie vers cette époque. En 1868, le Professeur von Bergman fait savoir par ses observations, prises en plus grande partie à la Clinique Chirurgicale de Tartu (Dorpat) que la lèpre en Livonie serait plus fréquente qu'à l'Ouest de l'Europe, mais il conclut à la décroissance de ce fléau. Son successeur, le Professeur Vahl, observe dans les années de 1880-1890, une augmentation telle de la lèpre dans les provinces baltiques qu'il se trouve tenu d'organiser d'une façon efficace la lutte contre la lèpre. Mais ce n'est qu'en 1901 que la province russe de l'Esthonie crée un poste de médecin pour la lèpre et donne la direction de ce poste, de même que celui de la léproserie, au Docteur Kupfer. Depuis cette date on a, grâce à des enquêtes bien menées — surtout par le Docteur Kupfer — des notions plus précises sur le nombre de lépreux en Esthonie, et ainsi on arrive à un aperçu bien net sur l'état des choses. Etant donné que les Républiques Esthonie et Lettonie ont été créées en 1918, nous considérerons, pour donner un exemple général sur la façon dont s'est propagée la lèpre dans les Etats baltiques, des statistiques concernant l'ancienne province de l'Esthonie sous l'Empire Russe, et ce n'est qu'à la suite que nous apporterons les statistiques de l'Esthonie et de la Lettonie avec leurs frontières actuelles.

En 1902, il se trouvait 193 cas, en 1906, 270 cas déjà enregistrés ; en 1916, ce nombre passa à 396, et en 1921 à 424 (parmi ces 424 cas, 283 étaient morts) et en 1929, le nombre total enregistré fut 520.

Ces observations, prises en Esthonie furent ainsi groupées : chacun de ces cas eut sa fiche où l'on marqua aussi soigneusement que possible l'âge, le lieu de naissance, le domicile, la source d'infection, les parents, etc., de chaque malade. Ainsi on eut des statistiques précises. De ces observations, il découle que le nombre des lépreux varie dans les différentes régions du pays. Notons que le plus grand nombre de cas se trouve dans le canton de Harjumaa qui, par le chiffre de 232 dépasse de 40 cas l'ensemble de trois autres cantons, ce qui s'explique par le fait que dans ce canton se trouve la capitale Tallin (Reval) qui elle-même présente le tiers des cas.

La *répartition* de la lèpre en Esthonie sous forme des foyers se montre surtout quand on groupe les cas de lèpre non pas suivant les endroits où ils vivent, mais suivant les endroits où ils ont été infectés. Ainsi on voit que la lèpre a passé d'une région à une autre. Par exemple l'épidémie de Harjumaa s'introduisit dans le Wieck, et ainsi un grand foyer a souvent des cas nombreux dispersés dans d'autres régions, ce qui augmente le nombre de cas de ce foyer.

En ce qui concerne *l'âge* de ces foyers, nous n'avons que peu de détails. Certains foyers sont de date assez récente, des autres plus vieux ; certains foyers ont subi plusieurs phases d'infection. Dans les foyers d'apparition plus récente on peut en distinguer qui ont été créés par l'immigration et d'autres qui ont été créés par le retour d'Esthoniens contaminés à l'étranger.

Certains autres se sont propagés d'une région de l'Esthonie dans une autre, soit par le changement de domicile ou par des relations entre ces régions. Il y a ainsi de grands foyers qui ont plusieurs sources et qui ont été constitués par des petits nids, dont chacun possède sa **propre façon de formation**, formation qui eut lieu parfois à des périodes différentes.

Un vieux foyer a pu aussi recevoir une surinfection par l'immigration ou par le retour dans son pays d'un malade infecté à l'étranger.

En ce qui concerne l'*activité* de propagation de la lèpre, les grands foyers et les petits nids se présentent chacun d'une façon différente. Les uns ont beaucoup contribué à la propagation, d'autres très peu.

Pour résumer les statistiques concernant l'origine même de ces foyers on peut grouper dans une première classe des vieux foyers avec lèpre à forme régionale montrant une forte propagation dans les alentours. A ce premier groupe appartient Kusal avec au moins 50 cas endémiques. D'autres foyers de ce genre se trouvent dans la proximité de la ville de Tallin (Reval). Une deuxième classe est formée par des foyers qui contiennent des cas endémiques mêlés aux cas de lèpre venant de l'étranger. Une troisième classe enfin ne contient plus de vieux cas endémiques et est exclusivement constituée par des lépreux venus plus tard de l'étranger.

A côté de ces cas, il existe encore 23 cas de lèpre ancienne qui ne sont pas endémiques et concernent 14 cas de personnes infectées à l'étranger et 9 cas de

personnes immigrées. Plus tard encore on a découvert 30 cas de lèpre non endémiques qui sont, semble-t-il, de temps assez récent. Ainsi donc on peut classer les 424 cas de lèpre constatés en Esthonie jusqu'au 1^{er} janvier 1921, comme suit :

37 cas endémiques,

23 cas venant de l'étranger de date ancienne,

30 cas venant de l'étranger de date plus ou moins récente.

334 cas dérivés de ces 90 cas.

Les circonscriptions se distinguent en ce qui concerne la *répartition* de ces cas. De vieux cas endémiques se trouvent surtout à Haarumaa, tandis que le département de Jerwen présente le plus petit nombre des cas de ce genre. Tallin ne possède pas de vieux foyers endémiques, mais surtout des cas importés de date plus ou moins récente.

L'*évolution* de la lèpre en Esthonie s'est probablement passée, aux dires des travaux du Docteur Kupfer, de la façon suivante : Autour de l'année 1828 il y eut une épidémie pas seulement à Johannis (en Haarumaa) mais probablement aussi dans les autres endroits du même département. C'est plus tard que ces foyers se sont accrus par des cas importés de l'étranger.

Les causes de la naissance de ces foyers sont multiples. Suivant l'opinion de certains auteurs, les foyers de date récente se sont formés par réchauffement et ensuite dispersion des foyers datant du moyen âge ; d'autres sont d'avis que la lèpre en Esthonie aurait

été importée de la Russie du Sud, enfin certains acceptent les deux opinions. Suivant le Docteur Kupfer la lèpre aurait été importée en Esthonie par des soldats russes pendant la guerre du Nord et plus tard autour des années de 1812-1815 et de 1854-56. Quoi qu'il en soit, il y avait certainement plusieurs circonstances qui ont favorisé, sinon provoqué l'éclosion de la lèpre. C'est d'abord et surtout les foyers de lèpre en Russie du Nord, importés par des soldats russes, gardes-frontière et qui venaient d'un foyer très infecté comme le Caucase. Puis, les Esthoniens, faisant à cette époque leur service militaire en Russie ont également trouvé des moyens de se contaminer et d'infecter à leur retour leur pays d'origine. Puis, l'émigration des Esthoniens en Russie qui eut lieu en 1870, et surtout en 1899, s'accompagnait — comme toute émigration — d'un certain nombre de rapatriements et par suite de cas de lèpre. Puis, des personnes vivant dans les pays voisins de la Livonie et d'Ingermanland (tous provinces de l'Ancienne Russie) ont pu transporter la lèpre en Esthonie, de même même que les régionaux ont pu être infectés dans ces pays voisins. C'est surtout par ces relations de toute nature entre l'Esthonie et ses nombreux pays voisins que la lèpre s'est étendue sur la plupart des pays baltiques. Très concluant dans ce sens est le fait que les personnes immigrées en Esthonie ont eu dans leur pays d'origine comme en Livonie, par exemple, des parents connus comme lépreux. Cette sorte de migration qui consistait dans l'immigration dans les pro-

vinces voisines et le retour au pays s'explique par le fait qu'en 1870 la liberté d'émigration ayant été proclamée, beaucoup de paysans avaient quitté leur pays pour acheter des terres ailleurs ou pour se louer comme gens de ferme. De même, la population rurale se fixa dans les villes et y apporta ainsi la lèpre. Ce fut surtout en Livonie, qui était à cette époque un foyer important de lèpre, mais en même temps une région très riche, que se fixaient les paysans plus ou moins pauvres, de même que les riches Lettons de la Livonie achetaient de la terre en Esthonie.

Ainsi, dans certaines régions de l'Esthonie où la migration n'eut pas lieu se trouvent des localités exemptes de toute trace de lèpre.

La propagation de la lèpre dans le pays même a été surtout favorisée par la cohabitation avec des lépreux, par la fréquentation commune des écoles, par des soins donnés aux lépreux, par le travail chez des lépreux, par des services rendus par des lépreux, par l'utilisation de la même pipe pour fumer, du même verre pour boire, etc.

Des proches parents ont naturellement été contaminés les premiers, ayant eu des rapports intimes avec les lépreux ; de même, des beaux-frères, des belles-sœurs et des beaux-parents, s'ils ont habité ensemble avec les lépreux. Parmi les 424 cas de lèpre, 262 ont contaminé des autres, dont 152 personnes de connaissance et 59 parents proches. Dans 60 familles on remarque deux cas de lèpre, dans 15 familles 3 cas, les autres ont un cas par famille. Parmi les 26 enfants,

10 furent contaminés par le père et 16 par la mère ; cinq fois plusieurs enfants de la même famille furent infectés, ce qui plaide bien en faveur d'un terrain spécial propice à la contamination. 230 malades étaient mariés, mais il n'y eut contamination par un conjoint que dans 17 cas seulement. Même dans ces cas, il ne s'agissait que d'une forme légère, maculeuse ou fruste. Dans les cas de lèpre familiale, beaucoup d'années se sont écoulées jusqu'à ce qu'un autre membre de la famille fût atteint ; cette période de latence a duré dans les ménages où un conjoint était lépreux, 2 à 5 ans et parfois même 10 à 17 ans ; de même, dans les familles où les parents étaient atteints de la lèpre, leurs enfants n'ont vu la lèpre se déclarer que plusieurs années plus tard. Pour cette hypothèse d'une période de latence, différente de la période d'incubation, plaide également le fait que parmi les 424 lépreux, 160 sont devenus malades à l'âge de 30 à 50 ans et huit seulement de un à cinq ans, un seul à l'âge d'un an et quatre mois.

La lèpre semblait plus fréquente en Esthonie chez la femme que chez l'homme, et on compte 227 femmes contre 197 hommes. En ce qui concerne les formes cliniques observées, nous trouvons 282 cas de lèpre tubéreuse contre 142 cas de lèpre nerveuse, une relation donc de 2,9 cas tubéreux pour un cas nerveux ; la mortalité fut surtout grande dans la forme tubéreuse, et on trouve parmi 283 cas de lépreux morts 206 cas qui sont morts par la forme tubéreuse et 77 par la forme nerveuse.

En ce qui concerne *l'évolution* de la lèpre, on a enregistré en :

1896	57	cas de lèpre,		
1901	167	cas (augmentation de 110 nouveaux cas)		
1906	270	»	103	»
1911	350	»	80	»
1916	396	»	46	»
1921	424	»	28	»

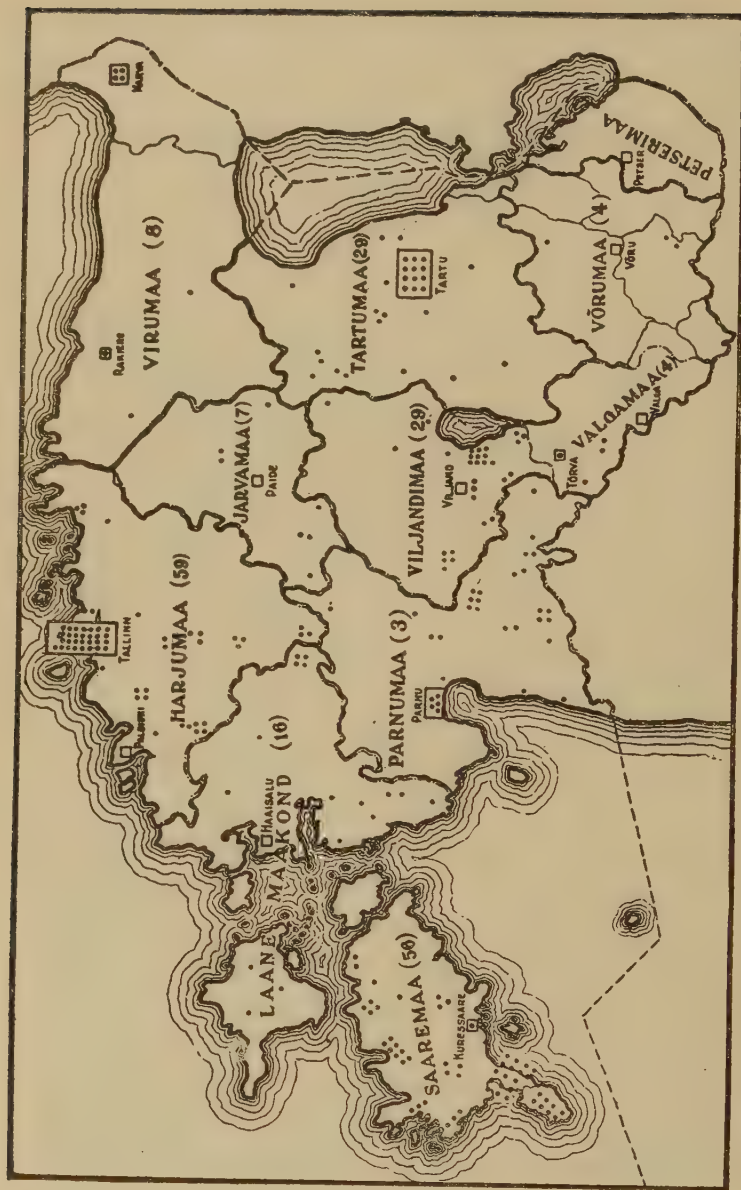
De ces chiffres, on peut dire que le nombre total de cas de lèpre enregistrés jusqu'en 1921 fut plus grand que celui trouvé en 1896, mais étant donné que l'activité déployée pour découvrir des nouveaux cas de lèpre n'a certainement pas été la même, ces chiffres ne peuvent donner aucune appréciation. Or, d'autre part, l'écart entre le nombre de cas (morts et vivants) trouvés tous les cinq ans, est en baisse continuelle jusqu'en 1921 et dans la suite, malgré les méthodes d'investigation plus poussées qu'autrefois. Ces statistiques n'indiquent pourtant pas une baisse dans l'évolution même de la lèpre. Pour le savoir, le Docteur Kupfer a introduit une nouvelle méthode dont on se sert en Norvège et qui consiste à grouper les cas suivant l'année où ils se sont déclarés et de comparer le nombre de cas trouvés pour une même année donnée à des années différentes (tous les cinq ans, par exemple). Lorsque le nombre de cas sera constant au bout d'un laps de temps assez grand (10 ans) on pourra prendre ce chiffre comme définitif. Ainsi, les statistiques faites en 1921 avaient montré jusqu'à 1920, 424 cas de lèpre tandis que pour la même année les statistiques faites en 1928 et en 1933 montraient 450

cas. De ces statistiques ainsi corrigées, il découle que le nombre de lépreux vivants trouvés tous les 5 ans en Esthonie commence à descendre en 1906 ; (en 1901 il y avait 184 lépreux vivants, en 1906, 222, en 1911 212 et en 1921 167), mais on constate aussi une augmentation dans le nombre de cas de morts sur le nombre de cas de vivants depuis 1906. Or, ayant groupé tous les cas de lèpre suivant l'année où ils se sont déclarés, on voit nettement que le nombre de nouveaux cas enregistrés est en diminution depuis 1900.

De ces statistiques faites en Esthonie (ancienne province russe) nous pouvons tirer les déductions suivantes : Il y a variation dans le nombre de cas suivant chaque région. De même en ce qui concerne les différents foyers : ils sont de dates différentes et d'activité de propagation différente. Les causes de naissance de ces foyers sont aussi diverses ; ils semblent constitués par une contamination d'anciens cas dont l'origine même est différemment présentée par les auteurs. Personnellement, nous croyons que la lèpre, de date récente, a eu son origine dans les régions infectées de la Russie, comme le Caucase et que, d'autre part, les relations de toute nature entre les différents pays baltiques — anciennes provinces russes telles que la Livonie, l'Esthonie, la Courlande, l'Ingermanland — ont favorisé la conservation et la propagation d'anciens cas datant du Moyen Age et provenant des pays scandinaves. En ce qui concerne le processus même de la propagation, nous ne pouvons que confirmer les opinions classiques sur la transmission, l'hérédité et l'évolution même de la lèpre.

ETAT ACTUEL DE LA LEPRE EN ESTHONIE

Pour aborder la question du traitement de la lèpre, du double point de vue social et médical, nous prenons comme source de notre information les travaux et statistiques de la clinique dermatologique de Tartu (Dorpat), de même que les discours du professeur Paldrock, tenus aux congrès de Dermatologie. Les statistiques qui suivent concernent la République d'Esthonie dans ses nouvelles frontières. En 1900, l'Esthonie comptait 554 lépreux, en 1914 350, en 1926 236, en 1927 226, en 1929 245, chiffre qui est tombé à 242 en 1932 ; or, parmi ce nombre, 195 seulement ont été maintenus dans les léproseries, tandis que 47 ont pu être libérés et être maintenus dans leur maison sous contrôle médical. Les principaux foyers ne trouvent dans l'île OËsel, dans la région de Viljandi et dans les villes de Tallin (Reval) et Tartu (Dorpat) (voir carte). Depuis la loi de 1925, l'internement des lépreux est devenu obligatoire. Le contrôle et les statistiques des lépreux sont soumis à un conseil spécial des médecins, constitué par un médecin expert de l'Etat et par un léprologue. Les léproseries sont groupées comme suit : la plus importante, surtout du



Carte de l'Estonie avec ses 242 cas de lèpre constatés en 1932 ; les points indiquent les localités d'où viennent ces cas ; les points encadrés d'un rectangle indiquent les cas urbains, les chiffres entre () le nombre de cas dans les cantons respectifs. (D'après Paldrock, in Journal international of leprosy, 1933.)

point de vue scientifique, est la léproserie de Muuli qui se trouve près de Tartu (Dorpat) et qui est annexée à la Clinique Dermatologique de la Faculté de Médecine. Le directeur de cette léproserie a le droit d'y faire transférer, en cas de besoin pour l'enseignement donné aux étudiants, des lépreux séjournant dans les autres stations du pays. Il y avait en 1931 seize lépreux en traitement.

Le personnel est constitué par un directeur, chef de la station, par un médecin et une infirmière. Cette dernière est logée dans une maison à part, et elle est en même temps l'économe et la ménagère de cette léproserie. Les chambres sont peintes à l'huile, les parquets sont recouverts de linoléum, les fenêtres ont des rideaux et sont fleuries pour l'agrément des malades ; les lits sont peints en blanc, possèdent des matelas à ressorts très souples ; les couvertures sont blanches ; la vaisselle est en aluminium. Partout règne une très grande propreté que tout le monde doit observer. Cette léproserie est surtout destinée à donner aux étudiants des notions pratiques sur la lèpre et à leur montrer le fonctionnement technique d'une léproserie.

Dans le nord-ouest du pays se trouve la léproserie de Kuuda. Ici, les lépreux se trouvent dans dix-sept appartements contenus chacun dans deux grands bâtiments. Le 1^{er} mai 1930, on y comptait 69 lépreux. Dans le sud-ouest du pays se trouve la léproserie Tarwast qui comptait le 1^{er} mai 1930 quatre-vingt-cinq lépreux. Les malades y habitent une maison à deux étages, construite spécialement pour eux. Ils ont huit

salles avec 10/12 lits et cinq chambres avec 2/3 lits. Dans cette maison se trouvent encore : un laboratoire, une salle d'opérations, des locaux pour les surveillants. Dans une construction à deux étages est logé le médecin, le surveillant et la surveillante, un garçon et une femme de chambre.

Dans l'ouest de l'Esthonie existe, comme nous le détaillerons un peu plus loin, depuis 1904, la léproserie Audaku. Les lépreux y habitent six maisons, éloignées l'une de l'autre et ils ont à leur disposition 65 lits groupés en sept salles. La léproserie se trouve dans une belle forêt de pins. Jadis, c'était une grande ferme qu'on a transformée en léproserie.. Quelques centaines de mètres plus loin de trouve la maison pour le médecin-directeur, à côté, une autre pour le médecin assistant qui est en même temps l'économe général. Dans toutes les léproseries, les lépreux font eux-mêmes tous les travaux de jardin et des champs ; ils vivent dans des conditions d'hygiène moderne et ont une nourriture copieuse et de bonne qualité. Quelqu'un qui est suspect de lèpre est soumis aussitôt à une commission spéciale constituée par le médecin communal ou de la ville — suivant le domicile du malade — par un médecin léprologue et par un troisième médecin. Dans les léproseries, les malades sont soumis à un traitement clinique; ils sont de même tenus à fournir un travail physique et ils prennent une fois par semaine un bain de vapeur. Le traitement principal se limite à l'application de la neige carbonique et à l'aurothérapie par le Solganal et le Lopion. C'est le procédé personnel du

professeur Paldrock, directeur de la Clinique Dermatologique de Tartu (Dorpat).

L'application du froid par la neige carbonique semble « ouvrir » les bacilles de la lèpre et les lépromes, et ensuite le corps s'en sert pour former des anticorps — il s'immunise en quelque sorte par lui-même. Les bacilles ayant subi l'action de l'auto-immunisation sont devenus plus sensibles aux agents chimiques ayant une action sur eux comme les préparations à base d'or. Le professeur Paldrock était parti de l'action que possède le froid sur la structure physique des corps albuminoïdes en produisant un changement dans l'équilibre des colloïdes, une transformation de l'albumine en globuline et ensuite en fibrinogène, et il a eu l'idée heureuse de refroidir les lépromes par la neige carbonique à -78°C pendant trois à quatre secondes. Il semble que par ce procédé les bacilles sont privés de leur couche protectrice, et aussi les granulations sont dissoutes.

Les produits ouverts sont résorbés et véhiculés dans le corps, agissant aussi bien sur les lépromes non refroidis que sur les lépromes refroidis, ayant comme action la destruction des tissus nécrotiques et la formation d'anticorps (action à distance).

En 1920, A Paldrock présentait une femme lépreuse chez qui, après treize mois de traitement par l'acide carbonique neigeux, toutes les manifestations extérieures de la lèpre avaient disparu. Les mêmes résultats furent obtenus chez deux autres sujets. A la conférence internationale de Strasbourg (1923) Paldrock

rapportait treize nouvelles observations. « Au point congelé, les tubercules du volume d'un pois disparaissent en trois semaines quand on laissait l'acide carbonique agir pendant quinze secondes ; quand, pour éviter la formation d'une phlyctène, le contact n'était que de cinq secondes, le tubercule se résorbait plus lentement en quatre ou six semaines, et à sa place subsistait chaque fois un tissu mou, presque incolore, encadré d'un liseré pigmenté. » « En même temps, on voyait disparaître également des infiltrations de la peau, des tubercules plus petits, aux endroits qui n'avaient pas été congelés... Microscopiquement, on trouve aux endroits où tubercules et infiltrations ont regressé, qu'ils aient été congelés ou non, des microbes de la lèpre, granuleux pour la plupart, tandis qu'avant le début du traitement, dans les tubercules, c'est la forme bacillaire qui prédominait... Durant le traitement, le gonflement des pieds, si souvent observé dans la lèpre tuberculeuse, s'est toujours amélioré, en même temps que les parties cutanées hypertrophiées devenaient plus minces et plus élastiques et que le périmètre des pieds diminuait. Les parties cutanées pigmentées brun foncé prenaient une nuance plus claire, presque jaune. Chez aucun des treize malades traités, on ne voyait apparaître, pendant la durée du traitement, de nouvelles infiltrations ou de nouveaux tubercules... »

« Sur les muqueuses, les manifestations regressaient plus lentement que sur la peau, elles ne furent jamais comme contrôle, soumises à l'action de l'acide carbo-

nique neigeux... D'après les treize cas cités ci-dessus, on peut constater, après un traitement prolongé huit fois de bons résultats, tandis que deux cas n'ont présenté que peu d'amélioration ; les trois cas traités brièvement ont manifesté une amélioration nette et au même temps que leur état général s'est considérablement amendé. »

Les applications doivent être ménagées et séparées par d'assez longs intervalles, pour des raisons que nous donnerons plus loin. Une séance de traitement consiste dans l'attouchement avec le crayon de CO_2 , de cinq à six lépromes jeunes, chacun pendant trois secondes. Après deux séances, trois semaines d'intervalle. Ce premier traitement dure environ quatre mois. Vient ensuite le traitement au solganol ou au lopion. Ces deux dernières préparations auriques injectées dans les veines en solution à 10 pour 100 agissent de plusieurs façons différentes : d'abord elles mobilisent de nouvelles forces défensives de l'organisme contre les bacilles déjà affaiblis ; ensuite elles agissent spécifiquement sur eux grâce à leur affinité chimique, comme nous l'avons déjà dit, enfin elles détruisent leurs acides lipoïdes et sensibilisent les tissus à une nouvelle action de la cryothérapie.

Pour une cure, il faut employer au maximum 13.0 de solganol ou 25.0 de lopion.

Le docteur Burnet fait ainsi remarquer dans son « Rapport sur le voyage d'étude » (janvier 1929-juin 1930) qu'il a vu lui-même sur des lépreux de Muuli de vastes surfaces qui avaient été couvertes de lépromes, comme en témoignaient les cicatrices ou des ta-

ches pigmentaires, redevenues souples, lisses, même dans la profondeur. Tout récemment A. Paldrock a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une lépreuse de forme mixte, dont il avait détruit les lépromes en 1922-1923 par l'application de la neige carbonique. En 1927-28 la patiente reçut 6,47 grammes de Solganol. En octobre 1928, après une rémission de cinq ans, poussée de lépromes contenant des bacilles de Hansen. Des injections de Lipatrène par voie intramusculaire n'amènent aucune amélioration. La malade est soumise en 1929 à la cryothérapie ; après douze applications de neige carbonique toutes les plaies guérissent et les lépromes disparaissent. En avril 1931, la malade se fait une blessure au pied qui entraîne la mort. A l'autopsie on ne relève sur les prélèvements du foie, des reins, des poumons, de l'estomac, de la rate, des ganglions lymphatiques, du cerveau examinés au microscope, ni lésions lépreuses typiques, ni bacilles de Hansen. Seuls dans les points suspects des cordes vocales, on a pu déceler des cellules bourrées de bacilles de la lèpre en forme de bâtonnets.

Ainsi donc, l'application de la neige carbonique est une sorte d'auto-immunisation active, d'une valeur thérapeutique très efficace pour le professeur Paldrock. Si les tissus, après une durée d'application de deux ans, se sont habitués à l'excitant toujours le même, il faut les soumettre à ce moment à un nouvel excitant. On se sert dans ce but du Solgonal et du Lipion qui ont une affinité remarquable pour les substances contenues dans les granulations. Par l'or, les tissus qui étaient

devenus insensibles aux applications de la neige carbonique recupèrent de nouveau cette sensibilité.

Ainsi, on peut continuer le traitement par ces deux agents thérapeutiques jusqu'à la guérison même des lépreux, étant donné que ces deux agents se complètent l'un l'autre. A côté de ce traitement principal, on ordonne aux malades un travail physique et d'autres traitements accessoires et symptomatiques. Un lépreux qui a ainsi vu disparaître tous les symptômes de la lèpre et qui ne présente plus pendant deux ans de bacilles, ni dans la muqueuse nasale, ni à la ponction des ganglions lymphatiques ou testiculaires est libéré de la léproserie. A cette date de libération, il est soumis à une commission spéciale, constituée par le médecin communal, le médecin de la léproserie et le professeur Paldrock, expert de l'Etat. Tous les anciens malades doivent néanmoins se présenter pendant la période de cinq ans, deux fois par an, au contrôle du médecin de la commune. S'ils ont été pendant ce temps à l'abri de toute rechute, ils sont définitivement déclarés comme guéris. Ainsi, presque chaque année, plusieurs malades sont renvoyés des léproseries de l'Esthonie, considérés comme guéris. Souvent aussi, des malades qui apparaissent rétablis et qui sont reconnus comme non dangereux pour leur entourage, sont renvoyés chez eux pour un délai de trois à six mois.

Nous pouvons noter en passant que le professeur Paldrock a appliqué récemment trois produits nouveaux au traitement de la lèpre. C'est d'abord le Fuadin de Bayer qui est une solution d'une poudre incolore de bisulfate de Na, de catechine et d'antimoine,

et qui avait donné de très bons résultats dans les bilbarzioses, appliquée au Caire par Khalil, qui avait obtenu dans 97 % des cas de guérisons (en injections intr-musculaires).

Puis le professeur Paldrock a essayé Néostibosan Bayer qui avait donné à Napier et Mullik des guérisons définitives dans 93 % des cas de Khala-Azar. En troisième lieu, il a expérimenté le R. 103 de l'Institut R. Koch de Berlin.

On avait vu qu'en versant le Fuadin ou le Néostibosan ou le R 103 sur des frottis qui provenaient des lépromes pas encore traités, il n'y avait plus après un temps d'imprégnation de trois heures, de bacilles positifs et seuls des bacilles négatifs. Les expériences poursuivies n'ont montré en dehors de ce phénomène que quelques changements insignifiants dans l'aspect hématologique. Mais ce résultat étant le même que celui obtenu par des agents non spécifiques, ces trois produits ne semblent au professeur Paldrock guère utilisables dans le traitement de la lèpre.

Il ne nous paraît pas sans intérêt de donner à la fin de notre travail sur l'Esthonie, quelques détails sur la propagation de la lèpre dans l'île de Saaremaa (Oesel) qui est située à l'entrée du golfe de Riga à 58° de latitude nord. Cette île esthonienne jouit d'un climat plus doux, et les paysans y vivent beaucoup plus en contact les uns avec les autres que sur le continent, ce qui s'explique par une différence de tempérament, et par la disposition différente des fermes. L'isolement des lépreux dans leur maison n'a pas pu empêcher la propagation de la lèpre, étant donné le niveau peu élevé

d'hygiène et de propreté, et en 1904, elle avait atteint son maximum de cas. Un changement radical ne se produisit que par l'internement des lépreux dans la léproserie d'Audako qui fut fondée en 1904, date à laquelle la lèpre a commencé à diminuer dans l'île, et elle ne compte aujourd'hui que le tiers du nombre des cas observés jadis. Quoique une partie de cette diminution doive être mise sur le compte de la mortalité élevée, il n'en reste pas moins vrai que le nombre des nouveaux cas constatés a bien diminué. Parmi les statistiques données dans la thèse du docteur Talvick, on trouve sur 200 cas 110 (55 %) qui concernent la forme tubéreuse et 60 (30 %) la forme nerveuse. Les autres cas concernent la forme mixte. C'est en outre dans le sexe féminin et à l'âge de 40 à 60 ans que l'on remarque le plus de cas. Parmi les 368 cas trouvés au total, les 3/4 sont répartis sur les foyers principaux à Ankemull, à Jamma et à Kielkond ; aussi, on trouve à côté de ces villages d'autres complètement indemnes, ce qui plaide — de même qu'en Esthonie — pour la *répartition par foyers*. Quelques cas semblent sporadiques, mais il sont en relation avec les cas des alentours.

La transmission directe d'un conjoint à un autre s'est montrée sur 115 cas de lépreux mariés seulement dans 5 cas, ce que Talvick explique par le phénomène de l'immunisation créée par l'absorption continue de petites quantités de bacilles. Parmi 45 enfants issus de ces mariages, 2 seulement sont tombés malades, donc le rôle de l'hérédité est bien douteux. Dans 86,3 % des cas, la contagion s'est produite par un contact intime

et prolongé avec un lépreux, surtout de la forme tubéreuse. La forte propagation des années 1870 et 1880, de même qu'en 1904 s'explique par un changement économique et social du peuple allant de pair avec la migration, surtout avec le continent.

ETAT DE LA LEPRE EN LETTONIE

Abordons maintenant la question de la lèpre en Lettonie. En ce qui concerne son histoire, nous avons montré au début de notre thèse ses points communs avec l'histoire de la lèpre en Esthonie, étant donné que le foyer principal fut la Vieille-Livonie. L'endémie a atteint son plus haut degré en 1892, époque à laquelle le nombre de cas nouveaux fut de 38. Depuis 1899 se manifeste un retrait sensible. Les statistiques du Bureau central d'hygiène indiquent pour l'année 1932 le chiffre de 220 malades, chiffre qui est en continuelle diminution, surtout depuis que l'Etat a organisé d'une façon énergique la lutte contre la lèpre. En 1935, il y avait 210 lépreux et au 1^{er} janvier 1936 seulement 199 ; ainsi donc, pendant les trois dernières années, le nombre des lépreux a diminué de 21. Les principaux foyers se trouvent en Livonie, et là surtout dans la capitale Riga, où sont les plus affectés les quartiers de Mülgraben, de Boldemar et de la Moskauer Vorstadt. Puis viennent les banlieues de Riga et de Wolmar. En Courlande ce sont surtout les banlieues de Talsen, de Windau, de Libau et Mitau qui sont les plus atteintes. Il existe en Lettonie deux léproseries qui sont administrées par l'Etat, dont l'une est à Riga

et l'autre à Talsen. Une troisième léproserie à Wenden, a pu être heureusement fermée en 1925, vu la diminution des cas de lèpre. Les léproseries constituent des petites agglomérations de maisons, liées à un hôpital. Les malades y habitent, les hommes séparés des femmes, mais ils prennent ensemble leurs repas et passent ensemble leur temps libre. Autour de ces habitations se trouvent de petits jardins, entretenus par les lépreux qui aiment la culture. Les léproseries ont leurs propres artisans, leurs bibliothèques, leurs cuisines, leurs champs, leurs terrains de sport, etc. Ils possèdent également une ambulance et une salle d'opérations, où tout est installé en vue même des grandes opérations, pratiquées parfois sur les membres supérieurs et inférieurs. Dans les léproseries, on comptait en 1936 seulement 168 malades, les autres 31 ont pu retourner dans leurs foyers, où ils restent soumis à une commission de contrôle à laquelle ils doivent se présenter à des dates fixes. Nous pouvons d'ores et déjà dire comme nous l'affirme le directeur de la léproserie de Riga, le docteur Ludzenieks, à qui d'ailleurs nous sommes très reconnaissant de nous avoir aimablement conseillé et guidé dans l'élaboration de notre thèse, que prochainement les deux léproseries seront réunies en une seule, étant donné la décroissance très nette de la lèpre en Lettonie.

La possibilité pour l'Etat de réduire le nombre de trois léproseries à une seule, et cela dans un laps de temps n'exédant pas dix ans, est très démonstratif dans un sens favorable à la diminution de la lèpre, et cer-

tains travaux d'une valeur scientifique douteuse venant de l'étranger qui ne tiennent pas compte des statistiques officielles du pays et concluent à une éclosion nouvelle de la lèpre en Lettonie ne sont donc que simplement fausses. De même, certaines objections tenant à indiquer que la lèpre serait surtout fréquente dans les régions de la Lettonie avoisinant la Russie, ainsi en Latgale, ne correspondent pas à la réalité, le nombre de malades dans ces régions dépassant à peine 2 à 3 % de tous les lépreux de la Lettonie. La lèpre étant ensuite peu fréquente dans le nord-ouest de la Russie, et d'autre part, dans ces régions de la Lettonie exercent des jeunes médecins qui connaissent bien la question de la lèpre, savent la reconnaître à ses débuts et la traiter d'une façon efficace. La lutte contre la lèpre a enregistré en Lettonie, comme nous l'avons déjà dit, depuis une dizaine d'années, des résultats très encourageants. Il n'existe plus de régions où des lépreux vivraient sans être aussitôt reconnus et soumis à un isolement sérieux dans une des deux léproseries. D'après la loi, les médecins n'ont pas le droit de soigner les malades à leur domicile ; aussitôt le diagnostic de lèpre posé, une déposition doit être faite par le médecin au Ministère d'Hygiène, et le lépreux est envoyé à la léproserie. Dans l'Etat fonctionne une commission de trois médecins léprologues, composée actuellement par le docteur Sentel, expert de l'Etat, le docteur Hirschberg, médecin privé et par le chef de la léproserie, qui examine quatre fois par an les malades, et cette commission

seule a le droit de se prononcer sur la guérison et sur la libération des lépreux pour un temps bien déterminé. Ainsi donc, les léproseries et les domiciles d'anciens lépreux sont sous une surveillance très stricte, exercée par des médecins léprologues. Les formes cliniques observées en Lettonie ne se distinguent guère de celles observées dans les autres pays : on y observe la lèpre tubéreuse à côté de la lèpre mixte. De même, la lèpre galopante n'y est pas rare, forme qui commence comme on le sait, subitement par une fièvre élevée, par la formation d'abcès et la mort en cachexie avec décomposition rapide du corps. Elle semble être due à un bacille quelque peu différent du bacille de Hansen, mais que des travaux sérieux n'ont pas encore identifié. On peut noter que la tuberculose accompagne souvent la lèpre, sans qu'une explication puisse être donnée de ce fait, d'autant plus intéressant qu'on connaît bien la parenté du bacille de Koch au bacille de Hansen. La façon intime de la transmission de la lèpre n'est pas encore complètement connue, pas plus en Lettonie que dans les autres pays. Certes, la contagion par contact est le facteur principal, mais des détails plus précis sur le processus même de cette transmission nous manquent. Ainsi, dans les documents de la léproserie de Riga se trouvent de nombreux cas où des femmes, ayant vécu 30 ou 40 ans avec leurs maris lépreux n'ont pas été contaminées; même pas la blanchisseuse de la léproserie qui lave pendant des dizaines d'années les linges et les pansements des malades. Cette immunité s'est étendue également au personnel des léproseries.

En ce qui concerne l'hérédité de la lèpre, la Lettonie ne fait que confirmer l'opinion unanimement partagée ; il existe ainsi des nombreuses familles de lépreux, où les enfants isolés des parents internés sont sains. Il n'est pas inutile de rapporter ici de nombreux cas d'autant du temps de la guerre où de jeunes recrues lettones, pour échapper au service militaire dans l'armée russe, se sont créés des plaies qu'ils ont essayé d'infecter par du pus venant de lépreux gravement malades. Or, rien ne s'y produisit. L'infection par inoculation directe est donc impossible, sauf peut-être dans les circonstances spéciales où un état de moindre résistance est créé par des restrictions alimentaires et où des troubles ignorés et profonds diminuent la vitalité des tissus (cas rapporté par le professeur Marchoux dans « The American Journal of Leprosy »). Autrefois il existait un certain préjugé peu fondé qui voulait voir la lèpre surtout fréquente parmi les pêcheurs, ce qu'on voulait expliquer par leur nourriture un peu spéciale (poissons) et par l'absorption d'eau venant parfois de la mer. Or, les statistiques ne font aucunement confirmer cette hypothèse et nous voyons les pêcheurs du littoral baltique pas plus atteints de la lèpre que les autres habitants.

Le traitement de la lèpre en Lettonie ne comporte pas de méthodes spéciales : depuis la conférence de Budapest de 1935, on emploie en Lettonie l'antiléprol qui est une spécialité des Usines Bayer à base d'éthers éthyliques de chaulmoogra qu'on injecte par voie intramusculaire. On commence par 1/2 cm.³ et on va

graduellement jusqu'à 3 à 6 cm³. On fait les injections une fois par semaine et on laisse les malades se reposer après 12 à 16 injections. Après un repos de 4 à 6 semaines, on oit une nouvelle série jusqu'à 16 cm³ par-fois. La radiothérapie complète dans la plupart des cas les résultats acquis par l'antilèprol, résultats meilleurs que ceux obtenus par les huiles mêmes de chaulmoogra. Depuis un certain temps, le docteur Ludzenieks a essayé de traiter les ulcérations et les formations nécrotiques par les dérivés de goudron et spécialement par la poudre Teersulfoderm des fabriques Heuden (il s'agit d'une poudre contenant 1% de soufre colloïdal et 6% de goudron de houille brute), mais les résultats obtenus ne semblent pas confirmer certains succès obtenus à l'étranger. En ce qui concerne la léproserie de Riga, nous tenons à ajouter ici qu'elle dispose d'une installation moderne, de laboratoires importants et depuis qu'elle fut agrandie en 1912 (elle a été fondée en 1891), elle peut recevoir aujourd'hui 150 malades. En résumé donc, nous pouvons dire que la lèpre en Lettonie est en continuelle décroissance, grâce à l'organisation énergique du comité d'hygiène ainsi qu'au travail dévoué du Directeur de la léproserie de Riga, le docteur Ludzenieks qui a beaucoup contribué ces dernières années à la lutte couronnée de succès qu'on mène aujourd'hui en Lettonie contre la lèpre.

CONCLUSION

La conclusion qu'on peut dégager de notre thèse est donc que les Pays baltiques : la Lettonie et l'Esthonie peuvent et même doivent être rangées parmi les Etats où la lèpre a diminué d'une façon relativement forte. Ces deux jeunes Républiques n'ont pas reculé devant des dépenses assez élevées qu'exige le traitement efficace de la lèpre.

Grâce aux progrès apportés ces temps derniers, à la thérapeutique de la lèpre, le traitement de cette endémie tend à prendre le pas sur la prophylaxie. Les applications de l'Antiléprol en Lettonie et de la neige carbonique en Esthonie ont donné de bons résultats qui, souvent même, vont jusqu'à la guérison définitive.

D'autre part, l'isolement des malades est devenu, comme partout ailleurs, beaucoup plus humain, non seulement par respect pour la liberté individuelle, mais aussi parce qu'on s'est aperçu que les mesures brutales ne peuvent qu'éloigner les malades des centres de traitement et les inciter à dissimuler leur mal.

De ces deux notions sociale et médicale est né un système qui limite l'admission dans les léproseries transformées en véritables hôpitaux aux lépreux gravement

atteints et aux lépreux valides pendant le temps strictement nécessaire à leur amélioration. Ainsi, aussitôt que les foyers bacillaires ont été stérilisés et que les malades entrent en période de lèpre fermée, ils reprennent leur place dans leur famille où ils ne sont aucunement dangereux, et ensuite dans la Société qui commence à les considérer comme tout autre malade. Enfin, le Service Social s'est étendu à la lèpre comme il se pratique à l'égard de la tuberculose ou de la syphilis, depuis longtemps déjà. Les malades sont conseillés de bonne heure, éloignés de leur foyer afin d'éviter toute possibilité de contamination et une fois isolés, des infirmières leur prodiguent des soins, comme dans toute autre maladie, sous la direction éclairée des médecins léprologues tels que le Professeur Paldrock et le Docteur Ludzenieks qui se sont attachés par un travail dévoué et constant, non seulement à apporter aux malades un traitement palliatif, mais surtout à les guérir d'une façon définitive.

Les résultats obtenus par la méthode personnelle du Professeur Paldrock qui comporte principalement l'application de la neige carbonique et des sels d'or, sont trop connus dans le monde médical pour qu'on ne puisse plus douter de l'efficacité de cette méthode.

Partout, les léproseries sont munies d'un équipement très moderne lequel ne laisse rien à désirer au point de vue de l'hygiène et de la technique. Ainsi donc, la lèpre jadis considérée comme une calamité redoutable est devenue une maladie curable contre laquelle tous les Etats civilisés ont mis en œuvre des moyens

énergiques de prophylaxie individuelle et sociale, tout en respectant la vie de ces malheureux, en leur procurant, même gratuitement, tous les moyens thérapeutiques dont dispose aujourd'hui la science médicale.

Ainsi donc, la Lettonie et l'Esthonie, loin de rester en arrière dans ce domaine hautement important de la médecine, ont organisé, depuis le début du xx^e siècle une lutte énergique tout en s'inspirant de principes élaborés dans les autres pays.

Ne pouvons-nous pas dire que la médecine moderne a bien suivi le sage conseil d'Ambroise Paré qui dans ses œuvres de 1585 avait déjà dit en ce qui concerne les lépreux :

« Je conseille que, lorsqu'on les voudra séparer, on le fasse le plus doucement et amiablement qu'il sera possible, ayant mémoire qu'ils sont semblables à nous... »

Vu :

LE DOYEN,

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

TANON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bibliotheca Baltica*. — Werke zur baltischen geschichte und Landeskunde, Reval, 1913.
- BLOSFELD. — Die Lepra in den Ost-see-provinzen Russlands. *Hofl. Journal*, 1834.
- E.SEN. — E estimaaj ajalugu. Tartu, 1919.
- JEANSELM (E.) et LAURENS. — De localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx, 1897. *Conférence de lèpre*.
- SEDIROFF (Ivan). — Über die Leprafrage in Kurland. *Lepra Bibliotheca international*, XIV, Bd. 3, 1914.
- STRUVE (A.). — Ein Beitrag zur Kenntnis des pseudosyphilitischen, *Ubel*, Altona, 1820.
- SEDERHOLM. — History of Leprosy in Sweden. *II^e Conférence internationale de lèpre*, Bd 1, 1909.
- BEURMAN (DE). — Etude sur la lèpre. *II^e Conférence Internationale*, Bd III, 1910.
- TALWIK (S.). — Die Lepra im Kreise Oesel. *Thèse de Doctorat*, de Dorpat, 1921.
- JEANSELME. — La lèpre.
- KUPFER (A.). — *Archiv für Schiffs und Tropen hygiene*, 1932. Über die Verbreitungsweise der Lepra.
- PALDROCK. — Die CO² Schnee und Lotion behandlung der Lepra. *Archiv für Schiff und Tropen hygiene*, 1929. Vol. XXXII.
- PALDROCK. — Behandlung der Lepra in Estland. *Med. Welt*, 1931, S. 1580, H. 44.
- BURNET (Et.). — Rapport sur le voyage d'étude. *Société des Nations*, 1930.

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE	11
Etat actuel de la lèpre en Esthonie.....	23
Etat de la lèpre en Lettonie.....	35
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	45


—
IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères
—